



SOLICITUD DE INFOMACION PÚBLICA

RECEPCION	
Lugar: _____	Fecha: _____

DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre:			
_____	_____	_____	_____
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Numero de celular: _____		Correo electrónico: _____	
Documento de Identificación		Número del documento	
DNI <input type="checkbox"/>	CARNET RESIDENCIA <input type="checkbox"/>		
PASAPORTE <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>		
Marque con una X la opción deseada			

DATOS	PERSONA JURUDICA
_____	_____
Nombre del Solicitante	Poder con el que actúa

INFORMACION SOLICITADA
DESCRIPCIÓN CLARA Y PRECISA DE LA INFORMACIÓN QUE SOLICITA

MODALIDAD DE ENTREGA		
Impresión <input type="checkbox"/>	Correo electrónico <input type="checkbox"/>	WhatsApp <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA		
Genero	Nivel educativo	Ocupación
Masculino <input type="checkbox"/>	Primario <input type="checkbox"/>	Empleado Publico <input type="checkbox"/>
Femenino <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/>	Empleado Privado <input type="checkbox"/>
	Universitario <input type="checkbox"/>	Trab.Independiente <input type="checkbox"/>
		Periodista <input type="checkbox"/>
		Investigación <input type="checkbox"/>

Visite nuestra página en el IAIP Portal de Transparencia

Firma del Solicitante